



# **MODUL PRAKTIKUM**

## **KETERAMPILAN DASAR KLINIK KEBIDANAN**

**Tim Pengampu :**

- 1. Heny Rosiana, S.ST, M.Keb**
- 2. Titik Sapartinah, S.Kp, M.Kes**
- 3. Rozikhan, SKM, M.Kes**
- 4. Septalia Isharyanti, S.ST, M.PH**
- 5. Sayidah, S.Tr.Keb**

## KATA PENGANTAR

*Assalamualaikum Wr. Wb*

Segala puji bagi Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya kepada kita semua sehingga kita masih berada dalam rahmat dan ridho Allah SWT.

Modul Praktikum Keterampilan Dasar Klinik Kebidanan ini disusun dengan tujuan sebagai bahan acuan bagi mahasiswa selama melaksanakan pembelajaran pada saat praktikum di laboratorium. Modul praktikum ini disusun dengan pedoman dan standart kompetensi yang harus dikuasai oleh mahasiswa program studi DIII Kebidanan Semarang Kampus Kendal Politeknik Kesehatan Kemenkes Semarang pada semester 2.

Terima kasih kami ucapkan kepada tim penyusun dan segala pihak yang telah membantu hingga terselesaikannya modul praktikum keterampilan dasar klinik kebidanan ini.

Penyusun menyadari masih banyak kekurangan dalam penyusunan modul praktikum ini, untuk itu kami mengharapkan saran dan kritik segala pihak demi tercapainya kesempurnaan modul ajar ini.

*Wassalammu'alaikum Wr. Wb*

Kendal, Januari 2021

Penyusun

## DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul .....	i
Kata Pengantar .....	li
Daftar Isi .....	iii
Tata Tertib Praktikum .....	iv
Cuci Tangan Biasa dan Antiseptik .....	1
Pemrosesan Alat Bekas Pakai .....	4
Pemeriksaan Fisik .....	7
Pengambilan Spesimen Darah Vena .....	13
Pengambilan Spesimen Urine .....	16
Pengambilan Spesimen Feses .....	19
Pemberian Obat Melalui Jaringan Intrakutan .....	22
Pemberian Obat Melalui Jaringan Subkutan .....	26
Pemberian Obat Melalui Intravena .....	30
Pemberian Obat Melalui Intramuskular .....	34
Pemasangan dan pelepasan infus .....	38
Pemasangan NGT .....	37
Pemberian Makanan Melalui NGT .....	44
Pemasangan Kateter .....	48
Pelepasan Kateter .....	51
Pemasangan Huknah Rendah .....	54
Pemasangan Oksigen .....	57
Perawatan Luka .....	66
Menjahit Luka .....	70
DAFTAR PUSTAKA	

## TATA TERTIB PRAKTIKUM

1. Sebelum memasuki laboratorium mahasiswa dan dosen diwajibkan untuk :
  - a. memakai masker, sarung tangan, gown, faceshield
  - b. rajin mencuci tangan menggunakan sabun
  - c. tidak berkerumun
  - d. menjaga jarak
2. Mahasiswa dibagi menjadi 4-6 orang dalam 1 kelompok praktikum / perasat dengan dibimbing 1 dosen dengan tetap mematuhi protokol kesehatan.
3. Mahasiswa dan dosen yang akan menggunakan alat dan ruangan laboratorium untuk kegiatan praktikum **wajib** memberitahu petugas laboratorium maksimal H-1 hari sebelum praktik dilaksanakan dan mengisi form peminjaman.
4. Selama kegiatan praktikum mahasiswa tidak diperkenankan meninggalkan laboratorium.
5. Mahasiswa wajib membereskan alat alat laboratorium yang digunakan dalam praktikum dan dikembalikan dalam keadaan bersih dan rapi.
6. Apabila terjadi kerusakan peralatan, mahasiswa wajib menggantinya paling lambat 1 minggu setelah praktikum.
7. Mahasiswa yang tidak mengikuti kegiatan praktikum / berhalangan hadir, **wajib** menggantinya di lain hari sesuai dengan jadwal yang telah disepakati.
8. Mahasiswa wajib mengikuti kegiatan praktikum 100 % dari kegiatan praktikum.

## CUCI TANGAN BIASA DAN ANTISEPTIK

### A. Pengertian

Mencuci tangan merupakan prosedur awal yang paling penting untuk mencegah penyebaran infeksi yang dilakukan oleh petugas kesehatan dalam memberikan tindakan (Marmi, 2016). Cuci tangan sebaiknya dilakukan :

1. Sebelum dan sesudah memeriksa (kontak langsung) dengan klien
2. Sebelum memakai sarung tangan DTT atau steril
3. Setelah situasi tertentu dimana kedua tangan dapat terkontaminasi, seperti :
  - a. Memegang instrumen yang kotor dan alat lainnya
  - b. Menyentuh selaput lendir, darah atau cairan tubuh lainnya
  - c. Kontak yang lama dan intensif dengan klien / pasien
4. Setelah melepaskan sarung tangan
5. Sebelum menyiapkan obat bagi pasien
6. Sebelum menyediakan makanan dan menyuapi pasien

### B. Tujuan

1. Membersihkan tangan dari kotoran
2. Mengurangi jumlah mikroorganisme sementara
3. Mencegah infeksi silang melalui tangan / tindakan pembedahan agar mikroorganisme tidak berpindah ke pasien, tenaga kesehatan bahkan pengunjung.

### C. Langkah-langkah Cuci Tangan

1. Basahi kedua telapak tangan dengan air mengalir, lalu tuangkan sabun ke telapak tangan, usap dan gosok dengan lembut pada kedua telapak tangan.
2. Gosok masing-masing punggung tangan secara bergantian.
3. Jari jemari saling masuk untuk membersihkan sela-sela jari.
4. Gosokkan ujung jari (buku-buku) dengan mengatupkan jari tangan kanan kemudian gosokkan ke telapak tangan kiri bergantian.
5. Gosok dan putar ibu jari serta empat jari yang lain secara bergantian.
6. Gosokkan ujung kuku pada telapak tangan secara bergantian.

7. Gosok kedua pergelangan tangan dengan cara diputar secara bergantian, setelah itu bilas dengan menggunakan air bersih dan mengalir, lalu keringkan.



#### D. Persiapan Alat

1. Bak cuci tangan dengan kran air mengalir
2. Cairan antiseptik / sabun
3. Handuk / lap kering

#### E. Keselamatan Kerja

1. Patuhi prosedur kerja
2. Lepaskan segala yang melekat pada daerah tangan, seperti cincin atau jam tangan
3. Perhatikan kondisi alat sebelum bekerja untuk menilai kelayakan penggunaannya
4. Letakkan peralatan pada tempat yang terjangkau dan sistematis oleh petugas
5. Perhatikan prinsip aseptik dan antiseptik



## PEMROSESAN ALAT BEKAS PAKAI

### A. Pengertian

Pemrosesan alat bekas pakai adalah tindakan yang dilakukan dengan cara dekontaminasi, cuci dan bilas, sterilisasi, dan desinfeksi tingkat tinggi (Marmi, 2016).

### B. Tujuan

Tujuan pemrosesan alat bekas pakai adalah untuk memproses alat medis yang telah digunakan dalam prosedur invasif, agar tidak mengkontaminasi serta untuk mematikan virus baik hepatitis B, HIV, ataupun sejenisnya.

### C. Persiapan Alat dan Bahan

1. Sikat halus
2. Wadah plastik / stainless steel
3. Air bersih
4. Bahan yang akan dicuci
5. Sabun dan deterjen
6. Larutan klorin

### D. Keselamatan Kerja

1. Patuhi prosedur kerja
2. Lepaskan segala yang melekat pada daerah tangan, seperti cincin atau jam tangan
3. Perhatikan kondisi alat sebelum bekerja untuk menilai kelayakan penggunaannya
4. Letakkan peralatan pada tempat yang terjangkau dan sistematis oleh petugas
5. Perhatikan prinsip aseptik dan antiseptik

## LEMBAR CHECKLIST PEMROSESAN ALAT BEKAS PAKAI

### PETUNJUK :

Berilah tanda ( √ ) pada kolom yang telah disediakan sesuai yang dilakukan mahasiswa

- 0** : Langkah kerja tidak diperagakan oleh mahasiswa
- 1** : Langkah kerja dikerjakan tetapi masih kurang tepat / belum lancar
- 2** : Langkah kerja dikerjakan dengan benar sesuai dengan urutan

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
<b>A</b>	<b>ALAT</b>			
1	Sikat halus			
2	Wadah plastik / stainless steel			
3	Air bersih			
4	Bahan yang akan dicuci			
5	Sabun dan deterjen			
6	Larutan klorin			
7	Panci			
8	Korentang			
<b>B</b>	<b>TAHAP PRA INTERAKSI</b>			
1	Lepaskan semua perhiasan yang ada di tangan			
<b>C</b>	<b>TAHAP KERJA</b>			
1	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir			
2	Menggunakan sarung tangan tebal			
	Masukkan benda benda yang terkontaminasi ke dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit			
3	Mengambil peralatan bekas pakai yang sudah didekontaminasi			
4	Menghindari mencuci benda benda yang terbuat dari plastik/karet bersamaan dengan peralatan yang terbuat dari logam			
5	Lakukan pencucian benda tajam secara terpisah dan hati hati			
6	Menggunakan sikat dengan air dan sabun untuk mrnghilangkan sisa darah dan kotoran			
7	Membuka engsel gunting dan klem dan lakukan penyikatan terutama di bagian sambungan			
8	Membilas alat alat tersebut dengan air bersih			
9	Memasukkan semua alat ke dalam panci dengan dan memastikan alat alat dalam kondisi terbuka, bak instrumen dan mangkok dalam keadaan terbalik			
10	Mengisi panci dengan air dan memastikan semua alat terendam air sampai batas 2,5 cm di atas alat alat			
11	Menutup panci dengan rapat untuk mencegah penguapan saat di rebus			
12	Menyalakan kompor dengan api sedang			
13	Menunggu sampai mendidih lalu menghitung selama 20 menit			

14	Mengangkat dan mengambil alat dan meletakkannya pada bak instrumen dengan menggunakan korentang			
15	Membereskan alat yang digunakan			
16	Melepaskan sarung tangan			
17	Mencuci tangan			
	<b>TOTAL SCORE : 34</b>			

NILAI = JUMLAH SCORE X 100

Pembimbing

34

=

( )

## PEMERIKSAAN FISIK

### A. Pengertian

Pemeriksaan fisik merupakan pemeriksaan lengkap dari pasien untuk mengetahui keadaan pasien dengan cara inspeksi, palpasi, perkusi maupun auskultasi dari kepala hingga kaki (Marmi, 2016).

Pendekatan pada saat pemeriksaan fisik dapat menggunakan pendekatan *head to toe*. Pendekatan ini dilakukan mulai dari kepala dan berurutan sampai ke kaki. Mulai dari : keadaan umum, tanda-tanda vital, kepala, wajah, mata, telinga, hidung, mulut dan tenggorokan, leher, dada, paru, jantung, abdomen, ginjal, punggung, genetalia, rectum, ekstremitas.

### B. Tujuan

Pemeriksaan fisik dilakukan untuk mengetahui kondisi kesehatan pasien secara umum, mengetahui kelainan yang ada pada pasien agar bisa segera dilakukan pengobatan (Marmi, 2016).

### C. Prinsip Umum Pemeriksaan Fisik

1. Komprehensif
2. Menjaga kesopanan
3. Mengadakan hubungan/komunikasi dengan klien
4. Pencahayaan dan lingkungan yang memadai
5. Pencatatan data dan pengambilan tindakan yang sesuai dengan masalah atau kondisi klien

### D. Teknik Pemeriksaan Fisik

1. Inspeksi

Inspeksi merupakan suatu tindakan pemeriksaan dengan menggunakan indra penglihatan untuk mendeteksi karakteristik normal pada bagian tubuh pasien (Karlina, Ermalinda and Wusnanida, 2018).

## 2. Palpasi

Palpasi adalah suatu pemeriksaan dengan menggunakan indera peraba / tangan untuk mendeteksi ketahanan, kekenyalan, kekasaran, tekstur, dan mobilitas (Marmi, 2016).

## 3. Auskultasi

Auskultasi adalah mendengarkan bunyi yang terbentuk dari organ tubuh untuk mendeteksi perbedaan dari normal.

## 4. Perkusi

Perkusi adalah mengetuk / menepuk permukaan tubuh dengan jari untuk menentukan posisi, ukuran, batasan, konsistensi organ-organ tubuh dan densitas struktur / cairan di bawahnya (Marmi, 2016).

### **E. Persiapan Alat**

1. Stetoskop
2. Pen light
3. Spatel lidah
4. Reflex hammer
5. Alat ukur panjang (meteran)
6. Alat tulis

### **F. Keselamatan Kerja**

1. Pastikan klien telah mendapatkan informasi yang lengkap mengenai tindakan yang akan dilakukan.
2. Dapatkan persetujuan klien secara lisan maupun tulisan sebelum melakukan tindakan.
3. Selama melakukan tindakan harus memperhatikan keadaan klien.
4. Perhatikan privasi, kenyamanan dan keamanan klien selama tindakan.
5. Sebelum melakukan tindakan pastikan semua alat yang digunakan dalam keadaan siap pakai.
6. Letakkan peralatan pada tempat yang terjangkau dan sistematis oleh petugas.
7. Sebelum dan selama tindakan perhatikan prinsip pencegahan infeksi.
8. Lakukan semua prosedur tindakan secara hati-hati.

## LEMBAR CHECKLIST PEMERIKSAAN FISIK IBU

### PETUNJUK :

Berilah tanda ( √ ) pada kolom yang telah disediakan sesuai dengan yang dilakukan mahasiswa

- 0** : Langkah kerja tidak diperagakan oleh mahasiswa
- 1** : Langkah kerja dikerjakan tetapi masih kurang tepat / belum lancar
- 2** : Langkah kerja dikerjakan dengan benar sesuai dengan urutan

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
<b>A</b>	<b>ALAT</b>			
1	Stetoskop			
2	Pen light, Spatel lidah, reflex hammer, alat ukur panjang (meteran)			
3	Alat tulis			
<b>B</b>	<b>TAHAP PRA INTERAKSI</b>			
1	Melakukan verifikasi data sebelumnya bila ada			
2	Mencuci tangan			
3	Membawa alat di dekat pasien dengan benar			
<b>D</b>	<b>TAHAP ORIENTASI</b>			
1	Memberikan salam sebagai pendekatan terapeutik			
2	Menjelaskan tujuan & prosedur tindakan pada keluarga atau pasien			
3	Menanyakan kesiapan klien sebelum kegiatan dilakukan			
<b>E</b>	<b>TAHAP KERJA</b>			
	<b>Kepala</b>			
1	Mengatur posisi pasien			
2	Melakukan inspeksi daerah kepala dengan seksama			
3	Menarik kunjungtiva palpebra (bawah) untuk memeriksa kunjungtiva			
4	Menarik konjungtiva bulbi (atas) untuk memeriksa sklera			
5	Melakukan pemeriksaan reflek pupil			
6	Memeriksa mulut, gigi dan tenggorokan			
7	Memeriksa hidung, telinga pasien dengan pen light			
8	Memeriksa leher pasien (kelenjar limfe, tyroid)			
	<b>Dada</b>			
9	Membebaskan daerah dada pasien dengan membuka baju daerah dada			
10	Melakukan inspeksi paru dan jantung			
11	Melakukan palpasi paru dan jantung			
12	Melakukan pemeriksaan ekspansi dada			
13	Melakukan perkusi pada interkosta			
14	Melakukan auskultasi : inspirasi dan ekspirasi secara sistematis			
15	Melakukan auskultasi bunyi jantung			
	<b>Abdomen</b>			
16	Mengatur posisi pasien : supinasi			

17	Membebasakan daerah abdomen membuka baju pasien daerah abdomen			
18	Melakukan inpeksi dari depan dan samping pasien			
19	Melakukan auskultasi : 4 quadran (sebelum palpasi / perkusi)			
20	Melakukan palpasi : epigastrium, lien, hepar			
21	Melakukan pemeriksaan turgor kulit			
22	Melakukan perkusi : 4 quadran / umbilikus ke lateral			
23	Mengukur lingkar perut			
24	Merapikan pasien			
	<b>Ekstremitas</b>			
25	Memeriksa patela reflek			
26	Memeriksa ekstremitas atas dan bawah (oedema, turgor, capiler reffil)			

<b>F</b>	<b>TAHAP TERMINASI</b>			
1	Melakukan evaluasi tindakan			
2	Berpamitan dengan klien			
3	Membersekan alat-alat			
4	Mencuci tangan			
5	Mencatat kegiatan dalam lembar dokumentasi			
	<b>TOTAL SCORE : 78</b>			

NILAI =  $\frac{\text{JUMLAH SCORE}}{78} \times 100$

Pembimbing

=

( )

## LEMBAR CHECKLIST PEMERIKSAAN FISIK BAYI

### PETUNJUK :

Berilah tanda ( √ ) pada kolom yang telah disediakan sesuai dengan yang dilakukan mahasiswa

- 0** : Langkah kerja tidak diperagakan oleh mahasiswa
- 1** : Langkah kerja dikerjakan tetapi masih kurang tepat / belum lancar
- 2** : Langkah kerja dikerjakan dengan benar sesuai dengan urutan

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
<b>A</b>	<b>ALAT</b>			
	Stetoskop			
	Pen light, Spatel lidah, reflex hammer, pengukur panjang bayi, metline, timbangan bayi			
	Alat tulis			
<b>B</b>	<b>TAHAP PRA INTERAKSI</b>			
1	Melakukan verifikasi data sebelumnya bila ada			
2	Mencuci tangan			
3	Membawa alat di dekat pasien dengan benar			
<b>D</b>	<b>TAHAP ORIENTASI</b>			
4	Memberikan salam sebagai pendekatan terapeutik			
5	Menjelaskan tujuan & prosedur tindakan pada keluarga			
6	Melakukan anamnesa riwayat dari ibu meliputi faktor genetik, faktor lingkungan, sosial, faktor ibu dan perinatal dan faktor neonatal			
<b>E</b>	<b>TAHAP KERJA</b>			
7	Menjaga suhu bayi dan lingkungan dalam keadaan hangat			
8	Meletakkan bayi pada tempat yang rata / tempat tidur (mengupayakan tempat untuk pemeriksaan aman, menghindari bayi terjatuh)			
9	Melakukan penimbangan dan atur skala timbangan ke titik nol sebelum penimbangan			
10	Melakukan pengukuran panjang badan (meletakkan bayi di tempat yang datar, mengukur panjang badan bayi, menggunakan alat pengukur panjang badan dari kepala sampai tumit dengan kaki/badan bayi diluruskan.			
	<b>Kepala</b>			
11	Mengukur lingkaran kepala (pengukuran dilakukan dari dahi kemudian melingkari kepala kembali lagi ke dahi)			
12	Melakukan pemeriksaan kepala (melakukan pengecekan kontur tulang tengkorak, penonjolan daerah cekung, memperhatikan juga hubungan kedua telinga simetris atau tidak dan keadaan mata, apakah ada tanda-tanda infeksi, memperhatikan bibir dan mulut			
13	Melakukan pemeriksaan leher, mengamati apakah ada pembengkakan atau pembesaran kelenjar tiroid / vena jugularis			
	<b>Dada</b>			

14	Mengukur lingkaran dada dari daerah dada ke punggung kembali ke dada (pengukuran dilakukan melalui kedua puting susu)			
15	Melakukan pemeriksaan dada, memperhatikan bentuk puting, bunyi napas, bunyi jantung			
	<b>Abdomen dan Punggung</b>			
16	Memeriksa perut, memperhatikan bentuk, adanya penonjolan sekitar pusat, perdarahan tali pusat			
17	Memeriksa punggung dan anus, memperhatikan adakah pembengkakan atau ada cekungan, periksa anus berlubang / tidak			
	<b>Genetalia</b>			
18	Memeriksa genetalia laki laki, memperhatikan skrotum apa sudah turun, penis berlubang atau memeriksa genetalia perempuan, memperhatikan vagina berlubang, uretra berlubang, labia mayora dan minor			
	<b>Ekstremitas</b>			
19	Memeriksa bahu, lengan, tangan dan memperhatikan gerakan dan jumlah jari			
20	Memeriksa sistem saraf dan memeriksa adanya reflek moro			
21	Memeriksa tungkai dan kaki, memperhatikan gerakan, jumlah jari dan bentuknya			
22	Memeriksa kulit, memperhatikan vernik, warna kulit, pembengkakan dan bercak hitam serta tanda lahir			
<b>F</b>	<b>TAHAP TERMINASI</b>			
23	Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada orangtua			
24	Merapikan bayi			
25	Membereskan alat-alat			
26	Mencuci tangan			
27	Mencatat kegiatan dalam lembar dokumentasi			
	<b>TOTAL SCORE : 54</b>			

NILAI =  $\frac{\text{JUMLAH SCORE}}{54} \times 100$

Pembimbing

54

=

( )

## **PENGAMBILAN SPESIMEN DARAH VENA**

### **A. Pengertian**

Pengambilan spesimen darah vena adalah mengambil dan menyiapkan darah vena untuk pemeriksaan diagnostik.

### **B. Tujuan**

Melaksanakan fungsi kolaborasi dengan dokter

### **C. Persiapan Alat dan Bahan**

1. Lembar pemeriksaan laborat
2. Botol wadah spesimen
3. Sduit sesuai dengan jenis ukuran
4. Kapas alkohol dalam tempatnya
5. Bak instrumen
6. Bengkok
7. Perlak dan alasnya
8. Karet pembendung (tourniquet)

### **D. Keselamatan Kerja**

1. Pastikan klien telah mendaoatkan informasi yang lengkap mengenai tindakan yang akan dilakukan.
2. Dapatkan persetujuan klien secara lisan maupun tulisan sebelum melakukan tindakan.
3. Selama melakukan tindakan harus memperhatikan keadaan klien.
4. Perhatikan privasi, kenyamanan dan keamanan klien selama tindakan.
5. Sebelum melakukan tindakan pastikan semua alat yang digunakan dalam keadaan siap pakai.
6. Letakkan peralatan pada tempat yang terjangkau dan sistematis oleh petugas.
7. Sebelum dan selama tindakan perhatikan prinsip pencegahan infeksi.
8. Lakukan semua prosedur tindakan dengan hati-hati.

## LEMBAR CHECKLIST PENGAMBILAN SPESIMEN DARAH VENA

### PETUNJUK:

Berilah tanda ( ✓ ) pada kolom yang telah disediakan sesuai dengan yang dilakukan mahasiswa

- 0 : Langkah kerja tidak di peragakan oleh mahasiswa
- 1 : Langkah kerja dikerjakan tetapi masih kurang tepat/ belum lancar
- 2 : Langkah kerja dikerjakan dengan benar sesuai dengan urutan

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
<b>A</b>	<b>ALAT</b>			
1	Sarung tangan steril 1 pasang			
2	Sputit steril ukuran sesuai kebutuhan			
3	Jarum steril 1 buah			
4	Lembar pemeriksaan laborat			
5	Kapas alkohol			
6	Tourniquet/ manset			
7	Perlak dan pengalas			
8	Botol wadah spesimen			
9	Bengkok 1 buah			
10	Plester			
<b>B</b>	<b>TAHAP PRA INTERAKSI</b>			
1	Melakukan verifikasi data sebelumnya bila ada			
2	Mencuci tangan			
3	Menempatkan alat di dekat pasien dengan benar			
<b>C</b>	<b>TAHAP ORIENTASI</b>			
1	Memberi salam sebagai pendekatan terapeutik			
2	Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada keluarga/ klien			
3	Menanyakan kesiapan klien sebelum tindakan dilakukan			
<b>D</b>	<b>TAHAP KERJA</b>			
1	Menjaga privacy pasien			
2	Mengatur posisi pasien, pilih vena dari arah distal			
3	Memasang perlak dan pengalasnya			
4	Membebaskan daerah yang akan diinjeksi			
5	Meletakkan torniquet 5 cm proksimal yang akan di tusuk			
6	Memakai sarung tangan			
7	Membersihkan kulit dengan kapas alkohol			
8	Mempertahankan vena pada posisi stabil			
9	Menusukkan vena dengan kemiringan 30° dan jarum menghadap ke atas			
10	Melakukan aspirasi dan pastikan darah masuk spuit dan ambil sesuai kebutuhan			
11	Membuka torniquet			

12	Mencabut jarum sambil menekan daerah tusukan dengan kapas			
13	Menutup daerah luka dengan plester			
14	Memasukkan darah ke dalam botol spesimen			
15	Merapikan pasien			
<b>E</b>	<b>TAHAP TERMINASI</b>			
1	Melakukan evaluasi tindakan			
2	Berpamitan dengan pasien			
3	Membereskan alat-alat			
4	Mencuci tangan			
5	Mencatat tindakan dalam lembar catatan keperawatan			
<b>TOTAL SCORE: 72</b>				

NILAI =  $\frac{\text{JUMLAH SCORE}}{72} \times 100$

Pembimbing

72

=

( )

## PENGAMBILAN SPESIMEN URINE

### A. Pengertian

Suatu tindakan mengambil sample urine yang dipakai untuk bahan pemeriksaan laboratorium.

### B. Tujuan

Menentukan adanya mikroorganisme, jenis mikroorganisme dan antibiotik yang dapat dipakai untuk pengobatannya

### C. Persiapan Alat dan Bahan

1. Botol yang telah disterilkan (Tempat penampung spesimen)
2. Label spesimen
3. Sarung tangan sekali pakai
4. Larutan antiseptik
5. Kapas sublimat
6. Formulir laboratorium
7. Urinal/pispot jika klien tidak dapat berjalan
8. Baskom air hangat
9. Waslap
10. Sabun
11. Handuk
12. Kateter

### D. Keselamatan Kerja

1. Pastikan klien telah mendapatkan informasi yang lengkap mengenai tindakan yang akan dilakukan.
2. Dapatkan persetujuan klien secara lisan maupun tulisan sebelum melakukan tindakan.
3. Selama melakukan tindakan harus memperhatikan keadaan klien.
4. Perhatikan privasi, kenyamanan dan keamanan klien selama tindakan.
5. Sebelum melakukan tindakan pastikan semua alat yang digunakan dalam keadaan siap pakai.
6. Letakkan peralatan pada tempat yang terjangkau dan sistematis oleh petugas.
7. Sebelum dan selama tindakan perhatikan prinsip pencegahan infeksi.
8. Lakukan semua prosedur tindakan dengan hati-hati.

## LEMBAR CHECKLIST PENGAMBILAN SPESIMEN URINE

### PETUNJUK:

Berilah tanda (  $\checkmark$  ) pada kolom yang telah disediakan sesuai dengan yang dilakukan mahasiswa

- 0 : Langkah kerja tidak di peragakan oleh mahasiswa
- 1 : Langkah kerja dikerjakan tetapi masih kurang tepat/ belum lancar
- 2 : Langkah kerja dikerjakan dengan benar sesuai dengan urutan

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
<b>A</b>	<b>ALAT</b>			
1	Botol yang telah disterilkan(Tempat penampung spesimen)			
2	Label specimen			
3	Sarung tangan sekali pakai			
4	Larutan antiseptic			
5	Kapas sublimat			
6	Formulir laboratorium			
7	Urinal/pispot jika klien tidak dapat berjalan			
8	Baskom air hangat			
9	Waslap			
10	Sabun			
11	Handuk			
12	Kateter			
<b>B</b>	<b>TAHAP PRA INTERAKSI</b>			
1	Melakukan verifikasi data sebelumnya bila ada			
2	Mencuci tangan			
3	Menempatkan alat di dekat pasien dengan benar			
<b>C</b>	<b>TAHAP ORIENTASI</b>			
1	Memberi salam sebagai pendekatan terapeutik			
2	Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada keluarga/ klien			
3	Menanyakan kesiapan klien sebelum tindakan dilakukan			
<b>D</b>	<b>TAHAP KERJA</b>			
1	Menjaga privacy pasien			
2	Mengatur posisi pasien			
3	Memasang perlak dan pengalas dibawah bokong klien			
4	Mengganti selimut pasien dengan selimut mandi, membuka pakaian bawah			
5	Memakai sarung tangan			
6	Bersihkan daerah perineal dengan menggunakan kapas desinfektan steril hanya sekali pakai			
7	Memasang pispot			
8	Anjurkan klien untuk mulai BAK			
9	Tempatkan wadah di tempat aliran urine dan ambil sampel			

10	Merapikan pasien			
11	Ambil 30-60 ml urine dalam wadah			
12	Tutup wadah sentuh hanya bagian luar			
13	Beri label pada botol dan bawa ke laboratorium			
<b>E</b>	<b>TAHAP TERMINASI</b>			
1	Melakukan evaluasi tindakan			
2	Berpamitan dengan pasien			
3	Membereskan alat-alat			
4	Mencuci tangan			
5	Mencatat tindakan dalam lembar catatan keperawatan			
<b>TOTAL SCORE: 72</b>				

NILAI =  $\frac{\text{JUMLAH SCORE}}{72} \times 100$

Pembimbing

=

( )

## **PENGAMBILAN SPESIMEN FESES**

### **A. Pengertian**

Pengambilan spesimen feses adalah mengambil dan menyiapkan feses untuk pemeriksaan diagnostik.

### **B. Tujuan**

Untuk melakukan pemeriksaan diagnostik adanya kelainan pada feses.

### **C. Persiapan Alat dan Bahan**

1. Botol yang telah disterilkan
2. Label spesimen
3. Lidi kapas
4. Perlak dan pengalas
5. Bengkok
6. Pispol dan botol cebok
7. Selimut mandi
8. Tissue toilet
9. Sabun
10. Sarung tangan
11. Handuk

### **D. Keselamatan Kerja**

1. Pastikan klien telah mendapatkan informasi yang lengkap mengenai tindakan yang akan dilakukan.
2. Dapatkan persetujuan klien secara lisan maupun tulisan sebelum melakukan tindakan.
3. Selama melakukan tindakan harus memperhatikan keadaan klien.
4. Perhatikan privasi, kenyamanan dan keamanan klien selama tindakan.
5. Sebelum melakukan tindakan pastikan semua alat yang digunakan dalam keadaan siap pakai.
6. Letakkan peralatan pada tempat yang terjangkau dan sistematis oleh petugas.
7. Sebelum dan selama tindakan perhatikan prinsip pencegahan infeksi.
8. Lakukan semua prosedur tindakan dengan hati-hati.

## LEMBAR CHECKLIST PENGAMBILAN SPESIMEN FESES

### PETUNJUK:

Berilah tanda ( √ ) pada kolom yang telah disediakan sesuai dengan yang dilakukan mahasiswa

- 0 : Langkah kerja tidak di peragakan oleh mahasiswa
- 1 : Langkah kerja dikerjakan tetapi masih kurang tepat/ belum lancar
- 2 : Langkah kerja dikerjakan dengan benar sesuai dengan urutan

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
<b>A</b>	<b>ALAT</b>			
1	Botol yang telah disterilkan			
2	Label specimen			
3	Lidi kapas			
4	Perlak dan pengalas			
5	Bengkok			
6	Pispot dan botol cebok			
7	Selimut mandi			
8	Tissue toilet			
9	Sarung tangan			
10	Handuk			
11	Sabun			
<b>B</b>	<b>TAHAP PRA INTERAKSI</b>			
1	Melakukan verifikasi data sebelumnya bila ada			
2	Mencuci tangan			
3	Menempatkan alat di dekat pasien dengan benar			
<b>C</b>	<b>TAHAP ORIENTASI</b>			
1	Memberi salam sebagai pendekatan terapeutik			
2	Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada keluarga/ klien			
3	Menanyakan kesiapan klien sebelum tindakan dilakukan			
<b>D</b>	<b>TAHAP KERJA</b>			
1	Menjaga privacy pasien			
2	Mengatur posisi pasien, miring kiri			
3	Memasang perlak dan pengalas dibawah bokong klien			
4	Mengganti selimut pasien dengan selimut mandi, membuka pakaian bawah			
5	Memakai sarung tangan			
6	Membuka bokong hingga anus terlihat			
7	Mengarahkan pasien untuk BAB didalam pispot			
8	Jangan mengotori spesimen feses dengan darah menstruasi atau urine			
9	Membersihkan anus dan merapikan pasien			

10	Mengambil sample feces dengan menggunakan lidi kapas steril, masukkan ke dalam wadah yang disediakan (biasanya 2,5 cm feces atau 15-30 ml cairan feces)			
11	Beri label dan kirim ke laboratorium			
<b>E</b>	<b>TAHAP TERMINASI</b>			
1	Melakukan evaluasi tindakan			
2	Berpamitan dengan pasien			
3	Membereskan alat-alat			
4	Mencuci tangan			
5	Mencatat tindakan dalam lembar catatan keperawatan			
<b>TOTAL SCORE: 66</b>				

NILAI =  $\frac{\text{JUMLAH SCORE}}{66} \times 100$

Pembimbing

66

=

( )

## PEMBERIAN OBAT MELALUI JARINGAN INTRAKUTAN

### A. Pengertian

Memberikan atau memasukan obat ke dalam jaringan kulit dilakukan sebagai tes reaksi alergi terhadap jenis obat yang akan digunakan. Pemberian obat melalui jaringan intrakutan ini dilakukan di bawah dermis atau epidermis. Secara umum, dilakukan pada daerah lengan, tangan bagian ventral.

### B. Tujuan

1. Memasukan sejumlah toksin atau obat yang disimpan dibawah kulit untuk diabsorbsi.
2. Metode untuk test diagnostic terhadap alergi atau adanya penyakit-penyakit tertentu

### C. Tempat Injeksi

1. Lengan bawah bagian dalam
2. Dada bagian atas
3. Punggung di bawah skapula

### D. Persiapan Alat dan Bahan

1. Daftar buku obat/ catatan, jadwal pemberian obat
2. Obat dalam tempatnya
3. Spuit 1 cc/ spuit insulin
4. Kapas alkohol dalam tempatnya
5. Cairan pelarut
6. Bak steril dilapisi kasa steril (tempat spuit)
7. Bengkok
8. Perlak dan alasnya

### E. Keselamatan Kerja

1. Pastikan klien telah mendaoatkan informasi yang lengkap mengenai tindakan yang akan dilakukan.

2. Dapatkan persetujuan klien secara lisan maupun tulisan sebelum melakukan tindakan.
3. Selama melakukan tindakan harus memperhatikan keadaan klien.
4. Perhatikan privasi, kenyamanan dan keamanan klien selama tindakan.
5. Sebelum melakukan tindakan pastikan semua alat yang digunakan dalam keadaan siap pakai.
6. Letakkan peralatan pada tempat yang terjangkau dan sistematis oleh petugas.
7. Sebelum dan selama tindakan perhatikan prinsip pencegahan infeksi.
8. Lakukan semua prosedur tindakan dengan hati-hati.

## LEMBAR CHECKLIST PEMBERIAN OBAT MELALUI JARINGAN INTRAKUTAN

### PETUNJUK:

Berilah tanda (  $\surd$  ) pada kolom yang telah disediakan sesuai dengan yang dilakukan mahasiswa

- 0 : Langkah kerja tidak di peragakan oleh mahasiswa
- 1 : Langkah kerja dikerjakan tetapi masih kurang tepat/ belum lancar
- 2 : Langkah kerja dikerjakan dengan benar sesuai dengan urutan

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
<b>A</b>	<b>ALAT</b>			
1	Sarung tangan steril 1 pasang			
2	S spuit steril ukuran sesuai kebutuhan			
3	Jarum steril 1 buah			
4	Bak spuit 1 buah dengan kasa steril			
5	Kapas alkohol dal kom (secukupnya)			
6	Perlak dan pengalas			
7	Obat sesuai program terapi			
8	Bengkok 1 buah			
9	Buku injeksi/ daftar obat			
<b>B</b>	<b>TAHAP PRA INTERAKSI</b>			
1	Melakukan verifikasi program terapi			
2	Mencuci tangan			
3	Menyiapkan obat sesuai prinsip 5 benar dan mengencerkan obat 0,1 cc menjadi 1 cc			
4	Menempatkan alat di dekat pasien dengan benar			
<b>C</b>	<b>TAHAP ORIENTASI</b>			
1	Memberi salam sebagai pendekatan terapeutik			
2	Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada keluarga/ klien			
3	Menanyakan kesiapan klien sebelum tindakan dilakukan			
<b>D</b>	<b>TAHAP KERJA</b>			
1	Menjaga prifacy pasien			
2	Mengatur posisi pasien, sesuai tempat penyuntikan			
3	Memasang perlak dan pengalasnya			
4	Membebaskan daerah yang akan diinjeksi			
5	Memakai sarung tangan steril			
6	Menentukan tempat penyuntikan dengan benar			
7	Membersihkan kulit dengan kapas alkohol/ desinfektan			
8	Menggunakan ibu jari dan telunjuk untuk mengangkat kulit			
9	Memegang spuit dengan sudut 15-20°			
10	Menusukkan spuit dengan kemiringan 15-20°, jarum menghadap ke atas masuk $\pm$ 0,5 cm			

11	Memasukkan obat ke dalam kulit secara perlahan dan perhatikan adanya penonjolan			
12	Mencabut jarum dari tempat tusukan dan tidak menekan daerah tusukan dengan kapas alkohol			
13	Memberi tanda lingkaran pada sekitar tusukan			
14	Membuang spuit ke dalam bengkok			
15	Merapikan pasien			
<b>E</b>	<b>TAHAP TERMINASI</b>			
1	Melakukan evaluasi tindakan			
2	Berpamitan dengan pasien			
3	Membereskan alat-alat			
4	Mencuci tangan			
5	Mencatat tindakan dalam lembar catatan keperawatan			
<b>TOTAL SCORE: 72</b>				

NILAI =  $\frac{\text{JUMLAH SCORE}}{72} \times 100$

Pembimbing

72

=

( )

## PEMBERIAN OBAT MELALUI JARINGAN SUBKUTAN

### A. Pengertian

Pemberian obat melalui suntikan di bawah kulit dapat dilakukan pada daerah lengan atas sebelah luar atau 1/3 bagian dari bahu, paha sebelah luar, daerah dada, dan daerah sekitar umbilikus (abdomen). Umumnya, pemberian obat melalui jaringan subkutan ini dilakukan dalam program pemberian insulin yang digunakan untuk mengontrol kadar gula darah. Terdapat dua tipe larutan insulin yang diberikan, yaitu jernih dan keruh. Larutan jernih dimaksudkan sebagai insulin tipe reaksi cepat (insulin reguler). Larutan yang keruh termasuk tipe lambat karena adanya penambahan protein sehingga memperlambat absorpsi obat

### B. Tujuan

Memasukkan sejumlah obat ke dalam jaringan subcutan dibawah kulit untuk diabsorpsi

### C. Tempat Injeksi

1. Lengan atas bagian luar
2. Paha depan
3. Daerah abdomen
4. Area scapula pada punggung bagian atas
5. Daerah ventrogluteal dan dorsogluteal bagian atas

### D. Persiapan Alat dan Bahan

1. Daftar buku obat/ catatan, jadwal pemberian obat
2. Obat dalam tempatnya
3. Spuit 1 cc/ spuit insulin
4. Kapas alkohol dalam tempatnya
5. Cairan pelarut
6. Bak steril dilapisi kasa steril (tempat spuit)
7. Bengkok
8. Perlak dan alasnya

## **E. Keselamatan Kerja**

1. Pastikan klien telah mendoatkan informasi yang lengkap mengenai tindakan yang akan dilakukan.
2. Dapatkan persetujuan klien secara lisan maupun tulisan sebelum melakukan tindakan.
3. Selama melakukan tindakan harus memperhatikan keadaan klien.
4. Perhatikan privasi, kenyamanan dan keamanan klien selama tindakan.
5. Sebelum melakukan tindakan pastikan semua alat yang digunakan dalam keadaan siap pakai.
6. Letakkan peralatan pada tempat yang terjangkau dan sistematis oleh petugas.
7. Sebelum dan selama tindakan perhatikan prinsip pencegahan infeksi.
8. Lakukan semua prosedur tindakan dengan hati-hati.

## LEMBAR CHECKLIST PEMBERIAN OBAT MELALUI JARINGAN SUBKUTAN

### PETUNJUK:

Berilah tanda ( √ ) pada kolom yang telah disediakan sesuai dengan yang dilakukan mahasiswa

- 0** : Langkah kerja tidak di peragakan oleh mahasiswa
- 1** : Langkah kerja dikerjakan tetapi masih kurang tepat/ belum lancar
- 2** : Langkah kerja dikerjakan dengan benar sesuai dengan urutan

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
<b>A</b>	<b>ALAT</b>			
1	Sarung tangan steril			
2	S spuit steril ukuran sesuai kebutuhan			
3	Jarum steril			
4	Bak spuit dengan kasa steril			
5	Kapas alkohol dal kom (secukupnya)			
6	Perlak dan pengalas			
7	Obat sesuai program terapi			
8	Bengkok			
9	Buku injeksi/ daftar obat			
<b>B</b>	<b>TAHAP PRA INTERAKSI</b>			
1	Melakukan verifikasi program terapi			
2	Mencuci tangan			
3	Menyiapkan obat sesuai prinsip 5 benar			
4	Menempatkan alat di dekat pasien dengan benar			
<b>C</b>	<b>TAHAP ORIENTASI</b>			
1	Memberi salam sebagai pendekatan terapeutik			
2	Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada keluarga/ klien			
3	Menanyakan kesiapan klien sebelum tindakan dilakukan			
<b>D</b>	<b>TAHAP KERJA</b>			
1	Menjaga prifacy pasien			
2	Mengatur posisi pasien, sesuai tempat penyuntikan			
3	Memasang perlak dan pengalasnya			
4	Membebaskan daerah yang akan diinjeksi			
5	Memakai sarung tangan			
6	Menentukan tempat penyuntikan dengan benar			
7	Membersihkan kulit dengan kapas alkohol			
8	Menggunakan ibu jari dan telunjuk untuk mengangkat cutan			
9	Menusukkan spuit dengan sudut 45°			
10	Melakukan aspirasi dan pastikan darah tidak masuk spuit			

11	Memasukkan obat secara perlahan			
12	Mencabut jarum dari tempat tusukan			
13	Menekan ringan daerah tusukan dengan kapas desinfektan			
14	Membuang spuit ke dalam bengkak			
15	Merapikan pasien			
<b>E</b>	<b>TAHAP TERMINASI</b>			
1	Melakukan evaluasi tindakan			
2	Berpamitan dengan pasien			
3	Membereskan alat-alat			
4	Mencuci tangan			
5	Mencatat tindakan dalam lembar catatan keperawatan			
<b>TOTAL SCORE: 72</b>				

NILAI = JUMLAH SCORE X 100

Pembimbing

72

=

( )

## PEMBERIAN OBAT MELALUI INTRA VENA

### A. Pengertian

Memberikan obat melalui vena secara langsung, diantaranya vena mediana cubitus/ cephalika (daerah lengan), vena saphenous (tungkai) vena jugularis (leher), vena frontalis/ temporalis di daerah frontalis dan temporal dari kepala. Tujuannya agar reaksi berlangsung cepat dan langsung masuk pada pembuluh darah.

### B. Tujuan

1. Untuk memperoleh reaksi obat yang cepat diabsorpsi daripada dengan injeksi parenteral lain.
2. Untuk menghindari terjadinya kerusakan jaringan
3. Untuk memasukkan obat dalam jumlah yang lebih besar

### C. Tempat Injeksi

1. Pada lengan (vena basilika dan vena sefalika)
2. Pada tungkai (vena saphenosus)
3. Pada leher (vena jugularis)
4. Pada kepala (vena frontalis atau vena temporalis)

### D. Persiapan Alat dan Bahan

1. Daftar buku obat/ catatan, jadwal pemberian obat
2. Obat dalam tempatnya
3. S spuit sesuai dengan jenis ukuran
4. Kapas alkohol dalam tempatnya
5. Cairan pelarut
6. Bak injeksi
7. Bengkok
8. Perlak dan alasnya
9. Karet pembendung (torniquet)

### E. Keselamatan Kerja

1. Pastikan klien telah mendaoatkan informasi yang lengkap mengenai tindakan yang akan dilakukan.

2. Dapatkan persetujuan klien secara lisan maupun tulisan sebelum melakukan tindakan.
3. Selama melakukan tindakan harus memperhatikan keadaan klien.
4. Perhatikan privasi, kenyamanan dan keamanan klien selama tindakan.
5. Sebelum melakukan tindakan pastikan semua alat yang digunakan dalam keadaan siap pakai.
6. Letakkan peralatan pada tempat yang terjangkau dan sistematis oleh petugas.
7. Sebelum dan selama tindakan perhatikan prinsip pencegahan infeksi.
8. Lakukan semua prosedur tindakan dengan hati-hati.

## LEMBAR CHECKLIST PEMBERIAN OBAT MELALUI INTRA VENA

### PETUNJUK:

Berilah tanda (  $\checkmark$  ) pada kolom yang telah disediakan sesuai dengan yang dilakukan mahasiswa

- 0 : Langkah kerja tidak di peragakan oleh mahasiswa
- 1 : Langkah kerja dikerjakan tetapi masih kurang tepat/ belum lancar
- 2 : Langkah kerja dikerjakan dengan benar sesuai dengan urutan

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
<b>A</b>	<b>ALAT</b>			
1	Sarung tangan steril 1 pasang			
2	Sput steril ukuran sesuai kebutuhan			
3	Jarum steril 1 buah			
4	Bak spuit 1 buah dengan kasa steril			
5	Kapas alkohol dal kom (secukupnya)			
6	Tourniquet/ manset			
7	Perlak dan pengalas			
8	Obat sesuai program terapi			
9	Bengkok 1 buah			
10	Plester luka ( contoh hansaplast)			
11	Buku injeksi/ daftar obat			
<b>B</b>	<b>TAHAP PRA INTERAKSI</b>			
1	Melakukan verifikasi data sebelumnya bila ada			
2	Mencuci tangan			
3	Menyiapkan obat sesuai prinsip 5 benar			
4	Menempatkan alat di dekat pasien dengan benar			
<b>C</b>	<b>TAHAP ORIENTASI</b>			
1	Memberi salam sebagai pendekatan terapeutik			
2	Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada keluarga/ klien			
3	Menanyakan kesiapan klien sebelum tindakan dilakukan			
<b>D</b>	<b>TAHAP KERJA</b>			
1	Menjaga prifacy pasien			
2	Mengatur posisi pasien, pilih vena dari arah distal			
3	Memasang perlak dan pengalasnya			
4	Membebaskan daerah yang akan diinjeksi			
5	Meletakkan torniquet 5 cm proksimal yang akan di tusuk			
6	Memakai sarung tangan			
7	Membersihkan kulit dengan kapas alkohol			
8	Mempertahankan vena pada posisi stabil			
9	Menusukkan vena dengan kemiringan 30° dan jarum menghadap ke atas			
10	Melakukan aspirasi dan pastikan darah masuk spuit			
11	Membuka torniquet			

12	Memasukkan obat secara perlahan			
13	Mencabut jarum dari tempat tusukan dengan kapas desinfektan			
14	Menutup daerah luka dengan "plester luka"			
15	Membuang spuit ke dalam bengkok			
16	Merapikan pasien			
<b>E</b>	<b>TAHAP TERMINASI</b>			
1	Melakukan evaluasi tindakan			
2	Berpamitan dengan pasien			
3	Membereskan alat-alat			
4	Mencuci tangan			
5	Mencatat tindakan dalam lembar catatan keperawatan			
<b>TOTAL SCORE: 77</b>				

NILAI =  $\frac{\text{JUMLAH SCORE}}{77} \times 100$

Pembimbing

77

=

( )

## PEMBERIAN OBAT MELALUI INTRAMUSKULAR

### A. Pengertian

Memberikan obat melalui intramuskular merupakan pemberian obat dengan memasukkannya ke dalam jaringan otot. Lokasi penyuntikan dapat dilakukan di dorsogluteal (posisi tengkurap), ventrogluteal (posisi berbaring), vastus lateralis (daerah paha), atau deltoid (lengan atas). Tujuannya agar absorpsi obat dapat lebih cepat.

### B. Tujuan

Memasukkan sejumlah obat pada jaringan otot untuk di absorpsi

### C. Tempat Injeksi

1. Pada daerah lengan atas (Deltoid)
2. Pada daerah Dorsogluteal (Gluteus Maximus)
3. Pada daerah paha bagian luar (Vastus Lateralis)
4. Pada daerah paha bagian depan (Rectus Femoris)

### D. Persiapan Alat dan Bahan

1. Daftar buku obat/ catatan, jadwal pemberian obat
2. Obat dalam tempatnya
3. S spuit sesuai dengan jenis ukuran
4. K kapas alkohol dalam tempatnya
5. Cairan pelarut
6. Bak injeksi
7. Bengkok
8. Perlak dan alasnya

### E. Keselamatan Kerja

1. Pastikan klien telah mendoatkan informasi yang lengkap mengenai tindakan yang akan dilakukan.
2. Dapatkan persetujuan klien secara lisan maupun tulisan sebelum melakukan tindakan.
3. Selama melakukan tindakan harus memperhatikan keadaan klien.

4. Perhatikan privasi, kenyamanan dan keamanan klien selama tindakan.
5. Sebelum melakukan tindakan pastikan semua alat yang digunakan dalam keadaan siap pakai.
6. Letakkan peralatan pada tempat yang terjangkau dan sistematis oleh petugas.
7. Sebelum dan selama tindakan perhatikan prinsip pencegahan infeksi.
8. Lakukan semua prosedur tindakan dengan hati-hati.

## LEMBAR CHECKLIST PEMBERIAN OBAT MELALUI INTRAMUSKULAR

### PETUNJUK:

Berilah tanda ( ✓ ) pada kolom yang telah disediakan sesuai dengan yang dilakukan mahasiswa

- 0 : Langkah kerja tidak di peragakan oleh mahasiswa
- 1 : Langkah kerja dikerjakan tetapi masih kurang tepat/ belum lancar
- 2 : Langkah kerja dikerjakan dengan benar sesuai dengan urutan

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
<b>A</b>	<b>ALAT</b>			
1	Sarung tangan steril 1 pasang			
2	S spuit steril ukuran sesuai kebutuhan			
3	Jarum steril 1 buah			
4	Bak spuit 1 buah dengan kasa steril			
5	Kapas alkohol dal kom (secukupnya)			
6	Perlak dan pengalas			
7	Obat sesuai program terapi			
8	Bengkok 1 buah			
9	Buku injeksi/ daftar obat			
<b>B</b>	<b>TAHAP PRA INTERAKSI</b>			
1	Melakukan verifikasi data sebelumnya bila ada			
2	Mencuci tangan			
3	Menyiapkan obat sesuai prinsip 5 benar			
4	Menempatkan alat di dekat pasien dengan benar			
<b>C</b>	<b>TAHAP ORIENTASI</b>			
1	Memberi salam sebagai pendekatan terapeutik			
2	Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada keluarga/ klien			
3	Menanyakan kesiapan klien sebelum tindakan dilakukan			
<b>D</b>	<b>TAHAP KERJA</b>			
1	Menjaga prifacy pasien			
2	Mengatur posisi pasien, sesuai tempat penyuntikan			
3	Memasang perlas dan pengalasnya			
4	Membebaskan daerah yang akan diinjeksi			
5	Memakai sarung tangan			
6	Menentukan tempat penyuntikan dengan benar			
7	Membersihkan kulit dengan kapas alkohol			
8	Menggunakan ibu jari dan telunjuk untuk meregangkan kulit			
9	Menusukkan spuit dengan sudut 90°, jarum masuk 2/3			
10	Melakukan aspirasi dan pastikan darah tidak masuk spuit			
11	Memasukkan obat secara perlahan			

12	Mencabut jarum dari tempat tusukan			
13	Menekan ringan daerah tusukan dengan kapas desinfektan			
14	Membuang spuit ke dalam bengkak			
15	Merapikan pasien			
<b>E</b>	<b>TAHAP TERMINASI</b>			
1	Melakukan evaluasi tindakan			
2	Berpamitan dengan pasien			
3	Membereskan alat-alat			
4	Mencuci tangan			
5	Mencatat tindakan dalam lembar catatan keperawatan			
<b>TOTAL SCORE: 72</b>				

NILAI =  $\frac{\text{JUMLAH SCORE}}{72} \times 100$

Pembimbing

72

=

( )

## PEMASANGAN INFUS

### A. Pengertian

Pemberian cairan dengan infus adalah tindakan memasukkan cairan atau obat melalui vena dengan bantuan selang infus (Marmi, 2016).



### B. Tujuan

Tindakan pemasangan infus dilakukan untuk memenuhi kebutuhan cairan dan elektrolit serta sebagai tindakan pengobatan dan pemberian makanan (Marmi, 2016).

### C. Persiapan Alat

1. Sarung tangan 1 pasang
2. Selang infus sesuai (makro/ mikro drip)
3. Cairan parenteral sesuai program
4. Abocath / Jarum intravena (ukuran sesuai)
5. Kapas alkohol dalam kom (secukupnya)
6. Tourniquet / manset
7. Perlak dan pengalas
8. Bengkok
9. Plester / hipavic
10. Kassa steril
11. Gunting plester
12. Alat tulis



#### **D. Keselamatan Kerja**

1. Pastikan klien telah mendapatkan informasi yang lengkap mengenai tindakan yang akan dilakukan.
2. Dapatkan persetujuan klien secara lisan maupun tulisan sebelum melakukan tindakan.
3. Selama melakukan tindakan harus memperhatikan keadaan klien.
4. Perhatikan privasi, kenyamanan dan keamanan klien selama tindakan.
5. Sebelum melakukan tindakan pastikan semua alat yang digunakan dalam keadaan siap pakai.
6. Letakkan peralatan pada tempat yang terjangkau dan sistematis oleh petugas.
7. Sebelum dan selama tindakan perhatikan prinsip pencegahan infeksi.
8. Lakukan semua prosedur tindakan secara hati-hati.

## LEMBAR CHECKLIST PEMASANGAN INFUS

### PETUNJUK :

Berilah tanda ( √ ) pada kolom yang telah disediakan sesuai dengan yang dilakukan mahasiswa

- 0** : Langkah kerja tidak diperagakan oleh mahasiswa
- 1** : Langkah kerja dikerjakan tetapi masih kurang tepat / belum lancar
- 2** : Langkah kerja dikerjakan dengan benar sesuai dengan urutan

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
<b>A</b>	<b>ALAT</b>			
1	Sarung tangan 1 pasang			
2	Selang infus sesuai (makro / mikro drip)			
3	Cairan parenteral sesuai program			
4	Abocad / jarum intravena (ukuran sesuai)			
5	Kapas alkohol dalam kom (secukupnya)			
6	Tourniquet/manset			
7	Perlak dan pengalas			
8	Bengkok			
9	Plester / hipavic			
10	Kassa steril			
11	Gunting			
<b>B</b>	<b>TAHAP PRA INTERAKSI</b>			
1	Melakukan verifikasi program pengobatan klien			
2	Mencuci tangan			
3	Menempatkan alat di dekat pasien dengan benar			
4	Menyiapkan obat sesuai prinsip 5 benar			
<b>C</b>	<b>TAHAP ORIENTASI</b>			
1	Memberikan salam sebagai pendekatan terapeutik			
2	Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada keluarga / pasien			
3	Menempatkan alat di dekat pasien dengan benar			
<b>D</b>	<b>TAHAP KERJA</b>			
1	Menjaga privacy pasien			
2	Melakukan desinfeksi tutup botol cairan			
3	Menutup saluran infuse (klem)			
4	Menusukan saluran infus dengan benar			

5	Menggantung botol cairan pada standar infuse			
6	Mengisi tabung reservoir infus sesuai tanda			
7	Mengalirkan cairan hingga tidak ada udara dalam slang			
8	Mengatur posisi pasien dan pilih vena			
9	Memasang perlak dan alasnya			
10	Membebaskan daerah yang akan diinsersi			
11	Meletakkan tourniquet 5 cm proksimal yang akan ditusuk			
12	Memakai handscoen			
13	Membersihkan kulit dengan kapas alcohol (melingkar dalam keluar / usap sekali pada daerah tusukan)			
14	Mempertahankan vena pada posisi stabil			
15	Memegang IV cateter / abocad dengan sudut 30 derajat			
16	Menusuk vena dengan lubang jarum menghadap ke atas			
17	Memastikan IV cateter / abocad masuk intra vena kemudian menarik mandrin ± 0,5 cm			
18	Memasukkan IV cateter secara perlahan			
19	Menarik mandrin dan menyambungkan dengan slang infuse			
20	Melepaskan tourniquet			
21	Mengalirkan cairan infuse			
22	Melakukan fiksasi IV cateter / abocath			
23	Menutup dengan kassa steril dan di plester / di hipavic			
24	Mengatur tetesan, sesuai program			
25	Merapikan pasien			
<b>E</b>	<b>TAHAP TERMINASI</b>			
1	Melakukan evaluasi tindakan			
2	Berpamitan dengan klien			
3	Membereskan alat-alat			
4	Mencuci tangan			
5	Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan			
	<b>TOTAL SCORE : 94</b>			

NILAI =  $\frac{\text{JUMLAH SCORE}}{100} \times 100$

Pembimbing

94

=

( )

## LEMBAR CHECKLIST PELEPASAN INFUS

### PETUNJUK :

Berilah tanda ( √ ) pada kolom yang telah disediakan sesuai dengan yang dilakukan mahasiswa

- 0** : Langkah kerja tidak diperagakan oleh mahasiswa
- 1** : Langkah kerja dikerjakan tetapi masih kurang tepat / belum lancar
- 2** : Langkah kerja dikerjakan dengan benar sesuai dengan urutan

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
<b>A</b>	<b>ALAT</b>			
1	Sarung tangan 1 pasang			
2	Kapas alkohol dalam kom (secukupnya)			
3	Perlak dan pengalas			
4	Bengkok			
5	Plester / hipavic			
6	Gunting			
<b>B</b>	<b>TAHAP PRA INTERAKSI</b>			
1	Melakukan verifikasi program pengobatan klien			
2	Mencuci tangan			
3	Menempatkan alat di dekat pasien dengan benar			
<b>C</b>	<b>TAHAP ORIENTASI</b>			
1	Memberikan salam sebagai pendekatan terapeutik			
2	Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada keluarga / pasien			
3	Menempatkan alat di dekat pasien dengan benar			
<b>D</b>	<b>TAHAP KERJA</b>			
1	Menjaga privacy pasien			
2	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir			
3	Memasang perlak dan pengalasnya			
4	Memasang sarung tangan			
5	Membasahi plester yang melekat pada kulit dengan kapas alkohol			
6	Melepaskan plester dan kassa dari kulit pasien			
7	Menekan tempat tusukan dengan kapas alkohol dan mencabut infus pelan pelan			
8	Merekatkan kapas alkohol dengan plester			
9	Membereskan alat dan merapikan pasien			



## PEMASANGAN NGT

### A. Pengertian

Pemasangan selang *Naso Gastric Tube* (NGT) adalah dengan cara memasukkan selang melalui saluran pencernaan dengan tujuan untuk memberikan suplemen cairan atau makanan cair ke lambung untuk klien yang tidak dapat menelan, mengeluarkan cairan dalam lambung, melakukan irigasi lambung karena perdarahan atau keracunan pada lambung, mengurangi mual / muntah setelah pembedahan serta mengambil spesimen dalam lambung untuk bahan pemeriksaan.

### B. Tujuan

1. Mengeluarkan cairan / isi lambung (*lavage*) dan gas yang ada dalam gaster (*decompression*)
2. Mencegah atau mengurangi mual (*nausea*) dan muntah (*vomiting*) setelah pembedahan atau trauma
3. Irigasi karena perdarahan atau keracunan dalam lambung
4. Memberikan obat dan makanan secara langsung pada saluran pencernaan
5. Mengambil specimen dari lambung untuk pemeriksaan laboratorium

### C. Persiapan Alat

1. Selang NGT sesuai ukuran
2. Stetoskop / gelas berisi air matang
3. Spuit 10 cc
4. Bengkok
5. Klem
6. Pelumas / jelly
7. Plester dan gunting
8. Perlak dan pengalas
9. Tissue
10. Sarung tangan

#### **D. Keselamatan Kerja**

1. Pastikan klien telah mendapatkan informasi yang lengkap mengenai tindakan yang akan dilakukan.
2. Dapatkan persetujuan klien secara lisan maupun tulisan sebelum melakukan tindakan.
3. Selama melakukan tindakan harus memperhatikan keadaan klien.
4. Perhatikan privasi, kenyamanan dan keamanan klien selama tindakan.
5. Sebelum melakukan tindakan pastikan semua alat yang digunakan dalam keadaan siap pakai.
6. Letakkan peralatan pada tempat yang terjangkau dan sistematis oleh petugas.
7. Sebelum dan selama tindakan perhatikan prinsip pencegahan infeksi.
8. Lakukan semua prosedur tindakan secara hati-hati.

## LEMBAR CHECKLIST PEMASANGAN NGT

### PETUNJUK :

Berilah tanda ( √ ) pada kolom yang telah disediakan sesuai dengan yang dilakukan mahasiswa

- 0** : Langkah kerja tidak diperagakan oleh mahasiswa
- 1** : Langkah kerja dikerjakan tetapi masih kurang tepat / belum lancar
- 2** : Langkah kerja dikerjakan dengan benar sesuai dengan urutan

NO	ASPEK YANG DINILAI	PENILAIAN		
		0	1	2
<b>A</b>	<b>ALAT</b>			
1	Selang NGT sesuai ukuran			
2	Stetoskop / gelas berisi air matang			
3	Sputit 10 cc			
4	Bengkok			
5	Klem			
6	Pelumas / jelly			
7	Plester dan gunting			
8	Perlak dan pengalas			
9	Tissue			
10	Sarung tangan			
<b>B</b>	<b>TAHAP PRA ORIENTASI</b>			
1	Melakukan verifikasi program pemasangan NGT			
2	Mencuci tangan			
3	Menempatkan alat di dekat klien			
<b>C</b>	<b>TAHAP ORIENTASI</b>			
1	Memberikan salam sebagai pendekatan terapeutik			
2	Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada klien			
3	Menanyakan kesiapan klien sebelum kegiatan dilakukan			
<b>D</b>	<b>TAHAP KERJA</b>			
1	Menjaga privacy klien			
2	Mengatur posisi pasien dalam posisi semi fowler ( jika tidak ada kontra indikasi )			
3	Memakai sarung tangan			

4	Membersihkan lubang hidung pasien dan pasang perlak pengalas di daerah dada			
5	Mengukur panjang penduga lambung (dari epigastrium ke hidung dan belok ke daun telinga )			
6	Memberi batas panjang penduga lambung yang harus dimasukkan			
7	Mengolesi ujung NGT dengan jelly sesuai ukuran panjang NGT yang akan dipasang			
8	Mengatur pasien pada posisi fleksi kepala, dan masukkan perlahan ujung NGT melalui hidung ( bila pasien sadar menganjurkan pasien untuk menelan ludah berulang-ulang)			
9	Menentukan penduga lambung sudah masuk/ tidak dengan menghisap cairan lambung / memasukkan udara 5 – 10 cc dan dengarkan melalui stetoskop pada daerah lambung / perut kuadran kiri atas atau memasukkan ke dalam gelas air matang			
10	Menutup ujung NGT / di klem			
11	Melakukan fiksasi di depan hidung dan pipi dan di plester			
12	Merapikan klien			
<b>E</b>	<b>TAHAP TERMINASI</b>			
1	Melakukan evaluasi tindakan			
2	Berpamitan dengan klien			
3	Membereskan alat-alat			
4	Mencuci tangan			
5	Mendokumentasikan dalam lembar catatan keperawatan			
	<b>TOTAL SCORE : 66</b>			

NILAI =  $\frac{\text{JUMLAH SCORE}}{66} \times 100$

Pembimbing

66

=

( )

## PEMBERIAN MAKANAN MELALUI NGT

### A. Pengertian

Pemberian makanan melalui NGT merupakan prosedur memasukkan makanan cair / obat melalui *naso gastric tube*.

### B. Tujuan

1. Mempertahankan status nutrisi
2. Pemberian obat / cairan

### C. Persiapan Alat

1. Makanan / cairan sesuai kebutuhan
2. Air matang pada tempatnya
3. S spuit dengan ukuran sesuai kebutuhan atau corong
4. Perlak dan pengalas
5. Bengkok
6. Obat yang telah dicairkan (bila ada)
7. Sarung tangan

### D. Keselamatan Kerja

1. Pastikan klien telah mendapatkan informasi yang lengkap mengenai tindakan yang akan dilakukan.
2. Dapatkan persetujuan klien secara lisan maupun tulisan sebelum melakukan tindakan.
3. Selama melakukan tindakan harus memperhatikan keadaan klien.
4. Perhatikan privasi, kenyamanan dan keamanan klien selama tindakan.
5. Sebelum melakukan tindakan pastikan semua alat yang digunakan dalam keadaan siap pakai.
6. Letakkan peralatan pada tempat yang terjangkau dan sistematis oleh petugas.
7. Sebelum dan selama tindakan perhatikan prinsip pencegahan infeksi.
8. Lakukan semua prosedur tindakan secara hati-hati.

## LEMBAR CHECKLIST MEMBERI MAKAN MELALUI NGT

### PETUNJUK :

Berilah tanda ( √ ) pada kolom yang telah disediakan sesuai dengan yang dilakukan mahasiswa

- 0** : Langkah kerja tidak diperagakan oleh mahasiswa
- 1** : Langkah kerja dikerjakan tetapi masih kurang tepat / belum lancar
- 2** : Langkah kerja dikerjakan dengan benar sesuai dengan urutan

NO	ASPEK YANG DINILAI	PENILAIAN		
		0	1	2
<b>A</b>	<b>ALAT</b>			
1	Makanan / cairan sesuai kebutuhan			
2	Air matang pada tempatnya			
3	Sputit dengan ukuran sesuai kebutuhan atau corong			
4	Perlak dan pengalas			
5	Bengkok			
6	Obat yang telah dicairkan (bila ada)			
7	Sarung tangan			
<b>B</b>	<b>TAHAP PRA INTERAKSI</b>			
1	Melakukan verifikasi program pemberian makan / minum			
2	Mencuci tangan			
3	Menempatkan alat di dekat pasien			
<b>C</b>	<b>TAHAP ORIENTASI</b>			
1	Memberikan salam sebagai pendekatan terapeutik			
2	Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada klien			
3	Menanyakan kesiapan klien / keluarga sebelum kegiatan dilakukan			
<b>D</b>	<b>TAHAP KERJA</b>			
1	Menjaga privacy pasien			
2	Mengatur posisi kepala lebih tinggi dari badan			
3	Memasang pengalas di dada pasien			
4	Memakai sarung tangan bersih			
5	Memastikan letak NGT dengan cara aspirasi isi lambung			
6	Memasang corong			
7	Memasukkan air matang, kemudian membuka klem, tinggikan 30 cm, sebelum makanan cair habis pasang klem			
8	Menuangkan air matang untuk membilas, sebelum air habis segera klem			
9	Selang NGT diklem/ dilipat (diikat) dan difiksasi			
10	Membereskan posisi pasien (kepala lebih tinggi dari badan dan miringkan kesalah satu sisi)			

11	Merapikan klien			
<b>E</b>	<b>TAHAP TERMINASI</b>			
1	Melakukan evaluasi tindakan			
2	Berpamitan dengan klien			
3	Membereskan alat-alat			
4	Mencuci tangan			
5	Dokumentasi tindakan			
	<b>TOTAL SCORE : 48</b>			

NILAI =  $\frac{\text{JUMLAH SCORE}}{100} \times 100$

Pembimbing

48

=

( )

## PEMASANGAN KATETER

### A. Pengertian

Yaitu tindakan dengan memasukkan kateter melalui uretra ke dalam kandung kemih. Tindakan ini bertujuan untuk membantu memenuhi kebutuhan eliminasi atau dapat juga sebagai pengambilan bahan pemeriksaan laboratorium.

### B. Tujuan

1. Menghilangkan distensi kandung kemih
2. Penatalaksanaan kandung kemih inkompeten
3. Mendapatkan spesimen urine
4. Mengkaji jumlah residu urine, jika kandung kemih tidak mampu dikosongkan

### C. Persiapan Alat

Bak instrumen steril berisi :

1. Kateter sesuai ukuran
2. Pinset anatomis
3. Spuit seteril ukuran 20 cc
4. Kapas DTT
5. Pelumas steril
6. Kassa steril
7. Sarung tangan steril
8. Perlak dan pengalاس
9. Plester dan gunting
10. Selimut mandi
11. Urin bag
12. Bengkok
13. Aquades steril

### D. Keselamatan Kerja

1. Pastikan klien telah mendapatkan informasi yang lengkap mengenai tindakan yang akan dilakukan.

2. Dapatkan persetujuan klien secara lisan maupun tulisan sebelum melakukan tindakan.
3. Selama melakukan tindakan harus memperhatikan keadaan klien.
4. Perhatikan privasi, kenyamanan dan keamanan klien selama tindakan.
5. Sebelum melakukan tindakan pastikan semua alat yang digunakan dalam keadaan siap pakai.
6. Letakkan peralatan pada tempat yang terjangkau dan sistematis oleh petugas.
7. Sebelum dan selama tindakan perhatikan prinsip pencegahan infeksi.
8. Lakukan semua prosedur tindakan secara hati-hati.

## LEMBAR CHECKLIST PEMASANGAN KETETER

### PETUNJUK :

Berilah tanda ( √ ) pada kolom yang telah disediakan sesuai dengan yang dilakukan mahasiswa

- 0** : Langkah kerja tidak diperagakan oleh mahasiswa
- 1** : Langkah kerja dikerjakan tetapi masih kurang tepat / belum lancar
- 2** : Langkah kerja dikerjakan dengan benar sesuai dengan urutan

NO	ASPEK YANG DINILAI	PENILAIAN		
		0	1	2
<b>A</b>	<b>ALAT</b>			
	<b>Bak instrumen steril berisi :</b>			
1	Kateter sesuai ukuran			
2	Pinset anatomis			
3	Sputir seteril ukuran 20 cc			
4	Kapas DTT			
5	Pelumas steril			
6	Kassa steril			
7	Sarung tangan steril			
8	Perlak dan pengalas			
9	Plester dan gunting			
10	Selimut mandi			
11	Urin bag			
12	Bengkok			
13	Aquades steril			
<b>B</b>	<b>TAHAP PRA ORIENTASI</b>			
1	Melakukan verifikasi program pemasangan kateter			
2	Mencuci tangan			
3	Menempatkan alat di dekat klien			
<b>C</b>	<b>TAHAP ORIENTASI</b>			
1	Memberikan salam sebagai pendekatan terapeutik			
2	Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada klien			
3	Menanyakan kesiapan klien sebelum kegiatan dilakukan			
<b>D</b>	<b>TAHAP KERJA</b>			
1	Menjaga privacy klien			
2	Mengatur posisi dorsal recumbent dan melepas pakaian bawah klien			
3	Memasang perlak dan pengalas			
4	Mendekatkan bengkok dan kapas sublimat			
5	Memasang sarung tangan steril			
6	Membersihkan vulva dengan kapas sublimat steril			
7	Melumasi ujung kateter			

8	Tangan kiri membuka labia / penis			
9	Tangan kanan memasukkan ujung kateter dengan menggunakan pinset anatomi 5 – 7,5cm / sampai urine keluar			
10	Untuk kateter tetap : menyambung kateter dengan urine bag			
11	Mengisi balon dengan aquadest steril sesuai ukuran			
12	Memfiksasi kateter ke arah paha dan memasang plester			
13	Melepaskan sarung tangan			
14	Merapikan klien			
<b>E</b>	<b>TAHAP TERMINASI</b>			
1	Melakukan evaluasi tindakan			
2	Berpamitan dengan klien			
3	Membereskan alat – alat			
4	Mencuci tangan			
5	Mendokumentasikan kegiatan dalam lembar catatan keperawatan			
	<b>TOTAL SCORE : 76</b>			

NILAI =  $\frac{\text{JUMLAH SCORE}}{76} \times 100$

Pembimbing

76

=

( )

## PELEPASAN KATETER

### A. Pengertian

Pelepasan kateter adalah melepaskan selang kateter uretra dari kandung kemih.

### B. Tujuan

Tujuan dari pelepasan kateter adalah untuk mencegah infeksi.

### C. Persiapan Alat

1. Pinset anatomis
2. Spuit dengan ukuran sesuai 10 / 20 cc
3. Bengkok
4. Kassa
5. Lidi kapas
6. Perlak dan pengalas
7. Sarung tangan

### D. Keselamatan Kerja

1. Pastikan klien telah mendapatkan informasi yang lengkap mengenai tindakan yang akan dilakukan.
2. Dapatkan persetujuan klien secara lisan maupun tulisan sebelum melakukan tindakan.
3. Selama melakukan tindakan harus memperhatikan keadaan klien.
4. Perhatikan privasi, kenyamanan dan keamanan klien selama tindakan.
5. Sebelum melakukan tindakan pastikan semua alat yang digunakan dalam keadaan siap pakai.
6. Letakkan peralatan pada tempat yang terjangkau dan sistematis oleh petugas.
7. Sebelum dan selama tindakan perhatikan prinsip pencegahan infeksi.
8. Lakukan semua prosedur tindakan secara hati-hati.

## LEMBAR CHECKLIST PELEPASAN KATETER

### PETUNJUK :

Berilah tanda ( √ ) pada kolom yang telah disediakan sesuai dengan yang dilakukan mahasiswa

- 0** : Langkah kerja tidak diperagakan oleh mahasiswa
- 1** : Langkah kerja dikerjakan tetapi masih kurang tepat / belum lancar
- 2** : Langkah kerja dikerjakan dengan benar sesuai dengan urutan

NO	ASPEK YANG DINILAI	PENILAIAN		
		0	1	2
<b>A</b>	<b>ALAT</b>			
1	Pinset anatomis			
2	Sput dengan ukuran sesuai 10 / 20 cc			
3	Bengkok			
4	Kassa			
5	Lidi kapas			
6	Perlak dan pengalas			
7	Sarung tangan			
<b>B</b>	<b>TAHAP PRA ORIENTASI</b>			
1	Melakukan verifikasi program			
2	Mencuci tangan			
3	Menempatkan alat di dekat klien			
<b>C</b>	<b>TAHAP ORIENTASI</b>			
1	Memberikan salam sebagai pendekatan terapeutik			
2	Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada klien			
3	Menanyakan kesiapan klien sebelum kegiatan dilakukan			
<b>D</b>	<b>TAHAP KERJA</b>			
1	Menjaga privacy klien			
2	Menyiapkan pasien dengan posisi dorsal recumbent dan melepaskan pakaian bawah (bila memakai)			
3	Memasang perlak dan alasnya			
4	Memakai sarung tangan			
5	Meletakkan bengkok di depan vagina			
6	Melepas plester dan membersihkan sisa plester			
7	Melakukan aspirasi balon kateter dengan spuit hingga habis isinya dibuang dalam bengkok			
8	Menarik kateter dengan pinset perlahan-lahan hingga lepas, ketika menarik pasien diminta tarik nafas dalam dan rileks			
9	Menggulung kateter dan memasukkannya ke bengkok			

10	Mengukur urine dari kantong			
11	Merapikan klien dan membantu memakaikan pakaian dalam klien			
<b>E</b>	<b>TAHAP TERMINASI</b>			
1	Melakukan evaluasi tindakan			
2	Berpamitan dengan klien			
3	Membereskan alat-alat			
4	Mencuci tangan			
5	Mendokumentasikan kegiatan dalam lembar catatan keperawatan			
	<b>TOTAL SCORE : 54</b>			

NILAI =  $\frac{\text{JUMLAH SCORE}}{54} \times 100$

Pembimbing

54

=

( )

## PEMASANGAN HUKNAH RENDAH

### A. Pengertian

Tindakan memasukkan cairan hangat ke dalam kolon desenden dengan menggunakan kanula rektal melalui anus.

### B. Tujuan

Tujuan tindakan ini adalah untuk mengosongkan usus pada tindakan pra pembedahan, merangsang peristaltik usus untuk mengeluarkan feses karena kesulitan defekasi.

### C. Persiapan Alat

1. Perlak pengalas
2. Irigator lengkap dengan kanula rektal dan klem
3. Cairan hangat  $\pm$  700 – 1000 ml dengan suhu 40,5 – 43 °C pada orang dewasa
4. Bengkok
5. Jeli
6. Pispot
7. Sampiran
8. Sarung tangan
9. Tissue

### D. Keselamatan Kerja

1. Pastikan klien telah mendapatkan informasi yang lengkap mengenai tindakan yang akan dilakukan.
2. Dapatkan persetujuan klien secara lisan maupun tulisan sebelum melakukan tindakan.
3. Selama melakukan tindakan harus memperhatikan keadaan klien.
4. Perhatikan privasi, kenyamanan dan keamanan klien selama tindakan.
5. Sebelum melakukan tindakan pastikan semua alat yang digunakan dalam keadaan siap pakai.
6. Letakkan peralatan pada tempat yang terjangkau dan sistematis oleh petugas.
7. Sebelum dan selama tindakan perhatikan prinsip pencegahan infeksi.
8. Lakukan semua prosedur tindakan secara hati-hati.

## LEMBAR CHECKLIST PEMASANGAN HUKNAH RENDAH

### PETUNJUK :

Berilah tanda ( √ ) pada kolom yang telah disediakan sesuai dengan yang dilakukan mahasiswa

- 0** : Langkah kerja tidak diperagakan oleh mahasiswa
- 1** : Langkah kerja dikerjakan tetapi masih kurang tepat / belum lancar
- 2** : Langkah kerja dikerjakan dengan benar sesuai dengan urutan

NO	ASPEK YANG DINILAI	PENILAIAN		
		0	1	2
<b>A</b>	<b>ALAT</b>			
1	Perlak pengalas			
2	Irigator lengkap dengan kanula rektal dan klem			
3	Cairan hangat ± 700 – 1000 ml dengan suhu 40,5 – 43 °C pada orang dewasa			
4	Bengkok			
5	Jeli			
6	Pispot			
7	Sampiran			
8	Sarung tangan			
9	Tissue			
<b>B</b>	<b>TAHAP PRA ORIENTASI</b>			
1	Melakukan verifikasi program			
2	Mencuci tangan			
3	Menempatkan alat di dekat klien			
<b>C</b>	<b>TAHAP ORIENTASI</b>			
1	Memberikan salam sebagai pendekatan terapeutik			
2	Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada klien			
3	Menanyakan kesiapan klien sebelum kegiatan dilakukan			
<b>D</b>	<b>TAHAP KERJA</b>			
1	Menjaga privacy klien			
2	Mengatur posisi pasien dengan posisi sim miring ke kiri			
3	Memasang pengalas di bawah gluteal			
4	Menyiapkan bengkok di dekat pasien			
5	Mengisi irigator dengan cairan hangat dan hubungkan kanula rektal, kemudian periksa aliran dengan membuka kanula dan keluarkan air ke dalam bengkok, kemudian klem dan oleskan jeli pada ujung kanula.			
6	Menggunakan sarung tangan dan memasukkan kanula kira kira 15 cm ke dalam rektum ke arah kolon desenden, dalam waktu yang bersamaan			

	meminta pasien untuk menarik napas panjang dan pegang irigator setinggi 50 cm dari tempat tidur lalu buka klemnya.			
7	Tutup klem kembali apabila pasien merasakan ingin buang air besar.			
8	Menganjurkan pasien untuk menahan sebentar apabila terasa ingin buang air besar dan pasang pispot atau anjurkan ke toilet.			
9	Bersihkan daerah rektum apabila pasien tidak dapat mobilisasi.			
10	Cuci tangan			
11	Catat jumlah feses yang keluar, warna, konsistensi dan respon pasien.			
<b>E</b>	<b>TAHAP TERMINASI</b>			
1	Melakukan evaluasi tindakan			
2	Berpamitan dengan klien			
3	Membereskan alat-alat			
4	Mencuci tangan			
5	Mendokumentasikan kegiatan dalam lembar catatan keperawatan			
	<b>TOTAL SCORE : 62</b>			

NILAI =  $\frac{\text{JUMLAH SCORE}}{62} \times 100$

Pembimbing

62

=

( )

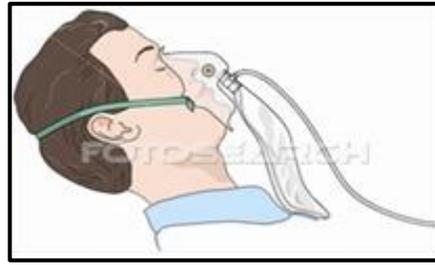
## PEMASANGAN OKSIGEN

### A. Pengertian

Pemasangan oksigen adalah pemberian oksigen melalui hidung dengan kanula ganda.



Pemberian oksigen dengan  
nasal kanul



Pemberian oksigen dengan  
masker

### B. Tujuan

Tujuan dari pemberian oksigen ini adalah untuk mempertahankan dan memenuhi kebutuhan oksigen dalam tubuh.

### C. Persiapan Alat

1. Tabung O<sub>2</sub> lengkap dengan manometer
2. Pengukur aliran flow meter dan humidifier
3. Selang kanula hidung ganda



Tabung O<sub>2</sub>



Flowmeter



Humidifier



Nasal kanul

Macam-macam masker oksigen :



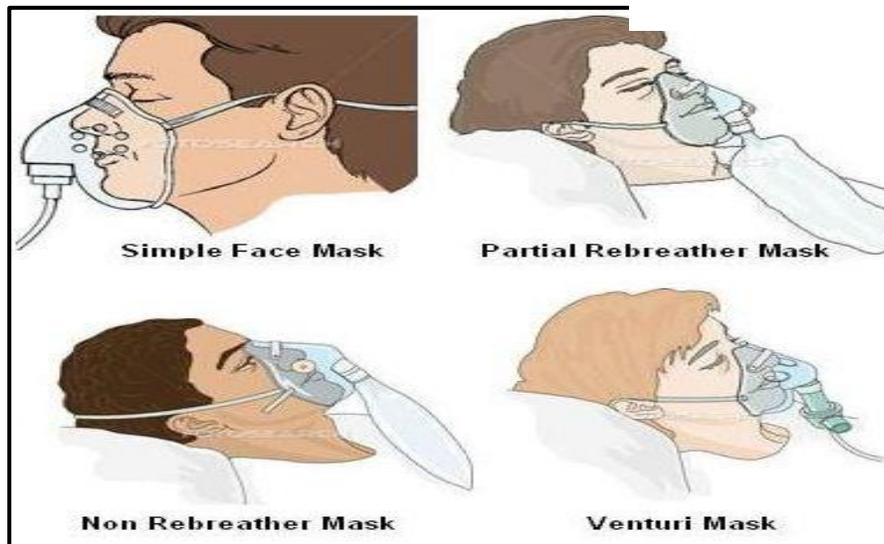
*Simple face mask*

*Partial rebreather mask*



*Nonbreather mask*

*Venturi mask*



Pemasangan berbagai macam masker oksigen pada klien

#### D. Keselamatan Kerja

1. Pastikan klien telah mendapatkan informasi yang lengkap mengenai tindakan yang akan dilakukan.

2. Dapatkan persetujuan klien secara lisan maupun tulisan sebelum melakukan tindakan.
3. Selama melakukan tindakan harus memperhatikan keadaan klien.
4. Perhatikan privasi, kenyamanan dan keamanan klien selama tindakan.
5. Sebelum melakukan tindakan pastikan semua alat yang digunakan dalam keadaan siap pakai.
6. Letakkan peralatan pada tempat yang terjangkau dan sistematis oleh petugas.
7. Sebelum dan selama tindakan perhatikan prinsip pencegahan infeksi.
8. Lakukan semua prosedur tindakan secara hati-hati.

## LEMBAR CHECKLIST MEMASANG OKSIGEN

### PETUNJUK :

Berilah tanda ( √ ) pada kolom yang telah disediakan sesuai dengan yang dilakukan mahasiswa

- 0** : Langkah kerja tidak diperagakan oleh mahasiswa
- 1** : Langkah kerja dikerjakan tetapi masih kurang tepat / belum lancar
- 2** : Langkah kerja dikerjakan dengan benar sesuai dengan urutan

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
<b>A</b>	<b>ALAT</b>			
1	Tabung O <sub>2</sub> lengkap dengan manometer			
2	Pengukur aliran flow meter dan humidifier			
3	Selang kanula hidung ganda			
<b>B</b>	<b>TAHAP PRA INTERAKSI</b>			
1	Melakukan verifikasi data sebelumnya bila ada			
2	Mencuci tangan			
3	Membawa alat di dekat pasien dengan benar			
<b>C</b>	<b>TAHAP ORIENTASI</b>			
1	Memberikan salam sebagai pendekatan terapeutik			
2	Menjelaskan tujuan & prosedur tindakan pada keluarga atau pasien			
3	Menanyakan kesiapan klien sebelum kegiatan dilakukan			
<b>D</b>	<b>TAHAP KERJA</b>			
1	Memasang sampiran / menjaga privacy			
2	Memastikan tabung masih berisi O <sub>2</sub>			
3	Mengisi botol pelembab dengan aquabides steril sesuai batas			
4	Menyambungkan selang binasal O <sub>2</sub> dengan humidifier			
5	Mengatur posisi semi fowler			
6	Membuka flow meter dengan ukuran yang sesuai dengan kebutuhan dan memastikan ada aliran udara			
7	Memasang kanula pada hidung pasien dengan hati-hati			
8	Memperhatikan reaksi dan menanyakan respon pasien			
9	Merapikan pasien			
<b>E</b>	<b>TAHAP TERMINASI</b>			
1	Melakukan evaluasi tindakan			

2	Berpamitan dengan klien			
3	Membersekan alat-alat			
4	Mencuci tangan			
5	Mencatat kegiatan dalam lembar dokumentasi			
	<b>TOTAL SCORE : 46</b>			

NILAI =  $\frac{\text{JUMLAH SCORE}}{46} \times 100$

Pembimbing

46

=

( )

## PERAWATAN LUKA

### A. Pengertian

Luka adalah suatu keadaan terputusnya kontinuitas jaringan tubuh, yang dapat menyebabkan terganggunya fungsi tubuh sehingga dapat mengganggu aktifitas sehari-hari.

Jenis luka

1. Berdasarkan sifat kejadian
    - a. Luka disengaja: misalnya luka terkena radiasi atau bedah
    - b. Luka tidak disengaja: luka terkena trauma
      - 1) Luka tertutup: luka tertutup jika tidak ada robekan
      - 2) Luka terbuka: luka terbuka jika terjadi robekan dan kelihatan seperti luka abrasi, yakni luka akibat gesekan, luka puncute, yakni luka akibat tusukan dan hausratation (luka akibat alat-alat perawatan luka)
  2. Berdasarkan penyebabnya
    - a. Luka mekanik
      - 1) *Vulnus scissum* atau luka sayat akibat benda tajam. Pinggir luka kelihatan rapi.
      - 2) *Vulnus contusum*, luka memar dikarenakan cedera pada jaringan bawah kulit akibat benturan benda tumpul
      - 3) *Vulnus kaceratum*, luka robek akibat terkena mesin atau benda lainnya yang menyebabkan robeknya jaringan rusak dalam
      - 4) *Vulnus punctum*, luka tusuk yang kecil di bagian luar (bagian mulut luka), akan tetapi besar di bagian dalam luka
      - 5) *Vulnus seroferadum*, luka tembak akibat tembakan peluru. Bagian tepi luka tampak kehitam-hitaman
      - 6) *Vulnus morcum*, luka gigitan yang tidak jelas bentuknya pada bagian luka
      - 7) *Vulnus abrasio*, luka terkikis yang terjadi pada bagian luka dan tidak sampai ke pembuluh darah
    - b. Luka non mekanik: luka akibat zat kimia, termik, radiasi, atau serangan listrik
- Balutan basah kering adalah tindakan pilihan untuk luka yang memerlukan debridemen

### B. Tujuan

1. Balutan kering melindungi luka dengan draenase minimal terhadap kontaminasi mikroorganisme
2. Membersihkan luka terinfeksi dan nekrotik
3. Mengabsorpsi semua eksudat dan debris luka
4. Membantu menarik kelembaban dari luka ke dalam balutan

### C. Persiapan Alat dan Bahan

1. Set balutan steril dalam bak instrumen steril:

2. Laruran pembersih yang diresepkan dokter
3. Normal salin
4. Sarung tangan sekali pakai
5. Plester, pengikat, atau perban sesuai kebutuhan
6. Kantong tahan air untuk sampah atau bengkok (1 berisi lisol, 1 kosong)
7. Selimut mandi
8. Aseton/ bensin (tidak menjadi keharusan)
9. Bantal tahan air
10. Gunting perban

#### **D. Keselamatan Kerja**

1. Pastikan klien telah mendaoatkan informasi yang lengkap mengenai tindakan yang akan dilakukan.
2. Dapatkan persetujuan klien secara lisan maupun tulisan sebelum melakukan tindakan.
3. Selama melakukan tindakan harus memperhatikan keadaan klien.
4. Perhatikan privasi, kenyamanan dan keamanan klien selama tindakan.
5. Sebelum melakukan tindakan pastikan semua alat yang digunakan dalam keadaan siap pakai.
6. Letakkan peralatan pada tempat yang terjangkau dan sistematis oleh petugas.
7. Sebelum dan selama tindakan perhatikan prinsip pencegahan infeksi.
8. Lakukan semua prosedur tindakan dengan hati-hati.

## LEMBAR CHECKLIST PERAWATAN LUKA

### PETUNJUK:

Berilah tanda ( √ ) pada kolom yang telah disediakan sesuai dengan yang dilakukan mahasiswa

- 0** : Langkah kerja tidak di peragakan oleh mahasiswa
- 1** : Langkah kerja dikerjakan tetapi masih kurang tepat/ belum lancar
- 2** : Langkah kerja dikerjakan dengan benar sesuai dengan urutan

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
<b>A</b>	<b>ALAT</b>			
	1 set ganti balut steril terdiri dari:			
1	Pinset anatomi 2 buah			
2	Pinset chirurgis			
3	Gunting lurus			
4	Lidi kapas secukupnya			
5	Deppers secukupnya			
6	Kassa steril secukupnya			
7	Mangkok kecil			
	Peralatan lain:			
8	Sarung tangan steril 2 pasang			
9	Gunting verban			
10	Plester			
11	Alkohol 70%			
12	Bensin dalam tempatnya			
13	Betadine dalam tempatnya			
14	2 bengkok ( 1 berisi desinfektan, 1 untuk tempat sampah )			
15	Verban secukupnya			
16	Obat luka sesuai kebutuhan			
17	Perlak dan pengalas			
<b>B</b>	<b>TAHAP PRA INTERAKSI</b>			
1	Melakukan verifikasi data sebelumnya bila ada			
2	Mencuci tangan			
3	Menempatkan alat di dekat pasien dengan benar			
<b>C</b>	<b>TAHAP ORIENTASI</b>			
1	Memberi salam sebagai pendekatan terapeutik			
2	Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada keluarga/ klien			
3	Menanyakan kesiapan klien sebelum tindakan dilakukan			
<b>D</b>	<b>TAHAP KERJA</b>			
1	Menjaga privacy pasien			

2	Memasang pernak dan pengalas di bawah daerah yang akan dilakukan tindakan			
3	Mengatur posisi pasien sehingga luka terlihat jelas			
4	Membuka peralatan			
5	Memakai sarung tangan			
6	Mengolesi plester dengan alkohol/ bensin dengan lidi kapas			
7	Membuka plester dan kassa balutan dengan menggunakan pinset			
	Mengkaji luka (menekan tepi luka dengan deppers sepanjang luka, lihat luka sudah kering/ basah/ keluar pus/ cairan dari tempat luka serta melihat penutupan kulit dan integritas kulit)			
8	Membersihkan luka dengan menggunakan cairan NACI sampai bersih (menggunakan kassa yang di celupkan pada NACI dan diperas dengan menggunakan pinset)			
9	Mengeringkan luka dengan menggunakan kassa kering steril			
10	Mengompres luka dengan betadine pada luka/ memberi obat salep sesuai dengan instruksi dokter dan menutup luka dengan kassa steril			
11	Memasang plester			
12	Merapikan pasien			
<b>E</b>	<b>TAHAP TERMINASI</b>			
1	Melakukan evaluasi tindakan			
2	Berpamitan dengan pasien			
3	Membereskan alat-alat			
4	Melepaskan sarung tangan dan merendam dalam larutan klorin 0,5%			
5	Mencuci tangan			
6	Mencatat tindakan dalam lembar catatan keperawatan			
<b>TOTAL SCORE: 82</b>				

NILAI = JUMLAH SCORE X 100

Pembimbing

82

=

( )

## MENJAHIT LUKA

### A. Pengertian

Menjahit luka merupakan cara yang dilakukan untuk menutup luka melalui jahitan. Tindakan ini bertujuan untuk mencegah terjadinya perdarahan, mencegah infeksi silang, dan mempercepat proses penyembuhan.

### B. Tujuan

Mencegah terjadinya perdarahan, mencegah infeksi silang, dan mempercepat proses penyembuhan.

### C. Persiapan Alat dan Bahan

- |                        |                       |
|------------------------|-----------------------|
| 1. Pinset anatomi      | 10. S spuit           |
| 2. Pinset cirurghi     | 11. Duk steril        |
| 3. Gunting steril      | 12. Pisau steril      |
| 4. <i>Naadl voeder</i> | 13. Gunting verban    |
| 5. Jarum               | 14. Plester/ pembalut |
| 6. Benang              | 15. Bengkok           |
| 7. Larutan betadine    | 16. Kasa steril       |
| 8. Alkohol 70%         | 17. Mangkok kecil     |
| 9. Obat anestesi       | 18. Handscoon steril  |

### D. Keselamatan Kerja

1. Pastikan klien telah mendaoatkan informasi yang lengkap mengenai tindakan yang akan dilakukan.
2. Dapatkan persetujuan klien secara lisan maupun tulisan sebelum melakukan tindakan.
3. Selama melakukan tindakan harus memperhatikan keadaan klien.
4. Perhatikan privasi, kenyamanan dan keamanan klien selama tindakan.
5. Sebelum melakukan tindakan pastikan semua alat yang digunakan dalam keadaan siap pakai.
6. Letakkan peralatan pada tempat yang terjangkau dan sistematis oleh petugas.
7. Sebelum dan selama tindakan perhatikan prinsip pencegahan infeksi.
8. Lakukan semua prosedur tindakan dengan hati-hati

## LEMBAR CHECKLIST MENJAHIT LUKA

### PETUNJUK:

Berilah tanda (  $\checkmark$  ) pada kolom yang telah disediakan sesuai dengan yang dilakukan mahasiswa

- 0** : Langkah kerja tidak di peragakan oleh mahasiswa
- 1** : Langkah kerja dikerjakan tetapi masih kurang tepat/ belum lancar
- 2** : Langkah kerja dikerjakan dengan benar sesuai dengan urutan

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
<b>A</b>	<b>ALAT</b>			
	1 set jahit steril terdiri dari:			
1	Pinset anatomi 2 buah			
2	Pinset chirurgis 2 buah			
3	Gunting steril			
4	<i>Naadl voeder</i>			
5	Jarum			
6	Benang			
7	Obat anastesia			
8	Sput			
9	Duk steril			
10	Kassa steril secukupnya			
11	Sarung tangan steril			
12	Gunting verban			
13	Plester			
14	Alkohol 70%			
15	Betadine dalam tempatnya			
16	2 bengkok ( 1 berisi desinfektan, 1 untuk tempat sampah )			
17	Perlak dan pengalas			
<b>B</b>	<b>TAHAP PRA INTERAKSI</b>			
1	Melakukan verifikasi data sebelumnya bila ada			
2	Mencuci tangan			
3	Menempatkan alat di dekat pasien dengan benar			
<b>C</b>	<b>TAHAP ORIENTASI</b>			
1	Memberi salam sebagai pendekatan terapeutik			

2	Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada keluarga/klien			
3	Menanyakan kesiapan klien sebelum tindakan dilakukan			
<b>D</b>	<b>TAHAP KERJA</b>			
1	Menjaga privacy pasien			
2	Memasang pernak dan pengalas di bawah daerah yang akan dilakukan tindakan			
3	Mengatur posisi pasien sehingga luka terlihat jelas			
4	Membuka peralatan			
5	Memakai sarung tangan			
6	Melakukan desinfeksi pada daerah yang akan di jahit (dengan betadine dan alkohol)			
7	Melakukan anastesi pada daerah yang akan dijahit			
8	Melakukan jahitan dengan menggunakan teknik menjahit yang telah di sesuaikan dengan kondisi luka			
9	Mendesinfeksi jahitan dengan betadine			
10	Mengompres luka dengan betadine atau memberi obat dan menutup luka dengan kassa steril			
11	Memasang plester			
12	Merapikan pasien			
<b>E</b>	<b>TAHAP TERMINASI</b>			
1	Melakukan evaluasi tindakan			
2	Berpamitan dengan pasien			
3	Membereskan alat-alat			
4	Melepaskan sarung tangan dan merendam dalam larutan klorin 0,5%			
5	Mencuci tangan			
6	Mencatat tindakan dalam lembar catatan keperawatan			
<b>TOTAL SCORE: 82</b>				

NILAI = JUMLAH SCORE X 100

Pembimbing

82

=

( )

## DAFTAR PUSTAKA

Karlina, N., Ermalinda, E., & Wusnanida. (2018). *Buku Ajar Keterampilan Klinik Praktik Kebidanan (Pertama)*. Penerbit IN MEDIA.

Marmi. 2016. *Keterampilan Dasar Praktik Klinik Untuk Bidan dan Perawat*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar

Uliyah, Musrifatul dkk. 2016. *Buku Ajar Keterampilan Dasar Kebidanan*. Jakarta : Salemba Medika

Tharpe, Nell L. 2012. *Kapita Selekta : Praktik Klinik Kebidanan*. Jakarta : EGC.